FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 mars 1900, à 1 heure

PAR

G. FERENDINOS

SUR

L'ÉNUCLÉATION

DES

FIBROMES UTÉRINS

PAR

VOIE ABDOMINALE

PRÉSIDENT : **M. LE DENTU**, professeur.

JUGES. . { **MM. PANAS**, professeur.
RÉMY, } agrégés.
ALBARRAN, } agrégés. }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

LIBRAIRIE
Jacques Lechevalier
93, Rue Racine
PARIS

273

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 mars 1900, à 1 heure

PAR

G. FERENDINOS

SUR

L'ÉNUCLÉATION

DES

FIBROMES UTÉRINS

PAR

VOIE ABDOMINALE

PRÉSIDENT : **M. LE DENTU**, professeur.

JUGES. . { **MM. PANAS**, professeur.
RÉMY, } agrégés.
ALBARRAN, }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
		THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

ET

DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

PARTICULIÈREMENT

A MA MÈRE

ET

MON FRÈRE ANASTASSIS

A M. LE DOCTEUR DUPLAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE PROFESSEUR PANAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

L'inspiration de faire ce travail nous a été donnée par les nouvelles idées qui poussent aujourd'hui les chirurgiens à la chirurgie conservatrice ; si nous avons manqué notre but, ce n'est ni la foi ni la volonté qui nous ont fait défaut.

C'est pourquoi nous demandons de nos juges toute leur indulgence.

Que M. le Pr Le Dentu veuille bien agréer l'expression de ma gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence de ma thèse.

A mon maître M. le Pr Duplay j'exprime ma profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a toujours et à toute occasion témoignée.

Ce travail a été fait sous la direction de M. le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu ; il est un devoir très agréable à moi de le remercier pour la sollicitude et l'intérêt qu'il m'a toujours témoignés.

A MM. le Pr Ricard et Dr Témoin (de Bourges), j'adresse mes remerciements particuliers pour les observations qu'ils m'ont envoyées avec tant de complaisance.

Merci à M. le Dr Charpentier.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET HISTORIQUE DE L'ÉNUCLÉATION DES FIBROMES UTÉRINS PAR VOIE ABDOMINALE

Définition. — L'énucléation des fibromes utérins par voie abdominale est une opération qui consiste à enlever un ou plusieurs fibromes inclus dans le parenchyme utérin sans enlever l'utérus. On fait quelquefois l'ablation en même temps d'une annexe, mais ça n'a aucune relation avec l'énucléation proprement dite. On l'appelle aussi myomectomie par voie abdominale ou encore opération de Martin ; nous allons voir pourquoi.

Historique. — L'énucléation des fibromes utérins par voie abdominale a été faite pour la première fois par Spencer Wells en 1863. Après lui, Spiegelberg a pratiqué cette opération pour la deuxième fois en 1874.

Ces deux tentatives, d'ailleurs heureuses, n'avaient pas réussi à introduire dans la pratique courante cette opération, quand vint Martin, de Berlin, qui, depuis 1878, n'a pas cessé de la pratiquer toutes les fois qu'elle lui paraissait indiquée, en sorte que, en 1890, il présenta une statistique de 96 cas personnels. C'est pourquoi on donne souvent le nom d' « opération de Martin » à l'énucléation des fibromes par la voie abdominale.

A cause de ses publications et de sa foi, pour ainsi dire, en l'efficacité de cette opération, Martin a fini par la faire adopter par plusieurs de ses collègues allemands ; c'est ainsi qu'on voit en ce pays Nagel, Hager, Czempin, Freund et Martin publier successivement plusieurs cas d'énucléation.

De ce court aperçu on voit que jusque vers 1890 cette opération paraît n'avoir été employée qu'en Allemagne ; mais depuis cette époque, et même un peu auparavant, on la voit sortir de son pays d'origine et être utilisée contre les fibromes utérins par plusieurs chirurgiens de divers pays.

Se succèdent alors les publications de Kroënlein, Jaboulay, Chevrier (observations de M. Doléris), Queirel, Etheridje, Benneke, Muller, Témoin (de Bourges), Vuillet, Freund, Ricard, Blanc et de beaucoup d'autres dont la liste complète se retrouvera au chapitre « Bibliographie ».

Par la marche même que cette opération a suivie dans son évolution, on peut diviser son histoire encore récente en trois périodes :

La première, intéressante seulement au point de vue de son apparition dans le domaine chirurgical, comprend les tentatives faites par Spencer Wells et Spiegelberg ;

La deuxième, qui peut être appelée la période allemande parce qu'elle était employée presque exclusivement en Allemagne par Martin et quelques-uns de ses confrères, s'étend depuis la première opération de Martin, ou mieux sa première publication (1878), jusque vers 1890 ;

La troisième, depuis cette époque jusqu'à nos jours.

Qu'il nous soit permis de maintenir cette division un peu arbitraire, mais qui nous servira à établir notre statistique et quelques-unes de nos conclusions.

Nous voulons étudier l'opération à l'aide de cette division, parce qu'il y a encore en France des chirurgiens qui rejettent l'énucléation en se basant sur une statistique datant de dix ans, et en la comparant avec les statistiques récentes fournies par les autres opérations sur l'utérus (hystérectomie vaginale ou abdominale, supra-vaginale ou totale).

Evidemment, en faisant toujours entrer en ligne de compte l'ancienne statistique de Martin, on présentera une mortalité pour l'énucléation qui paraîtra de plus en plus forte, car sûrement les 18 pour 100 de Martin resteront avec le temps identiques à eux-mêmes, tandis que la mortalité donnée par les autres opérations décroîtra avec les nouveaux opérateurs.

Mais si on prend la peine de comparer les statistiques des diverses opérations pratiquées à la même époque, on voit que l'énucléation reste toujours la moins grave, et ce n'est pas son moindre avantage.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'ÉNUCLÉATION
SUITES OPÉRATOIRES

Avant d'aborder la critique de l'énucléation des fibromes utérins telle qu'elle a été faite tant en France qu'à l'étranger, il nous paraît utile de décrire l'opération en elle-même avec quelques détails.

En lignes générales cette opération comprend :

a) La laparotomie ;

b) La recherche du fibrome sur l'utérus, son énucléation et le traitement de la plaie utérine ;

c) La fermeture de la paroi abdominale.

Nous ne nous arrêterons pas sur la laparotomie, ni sur la fermeture de la paroi abdominable qui ont été si souvent décrites par les maîtres de la chirurgie moderne ; nous désirons seulement faire ressortir que la laparotomie, grâce à la parfaite asepsie opératoire à laquelle on est arrivé après plusieurs tâtonnements à la clinique, gynécologique de M. le Pr Duplay, se pratique sans aucun danger, sans crainte d'infection ; et que la fermeture de la paroi abdominale, grâce à la suture en 8 de chiffre, appliquée par M. le Dr Clado à la même clinique au cours d'opérations similaires, et qui est bien décrite

dans la thèse de M. le Dr Tripier, donne des résultats très satisfaisants au point de vue de la cicatrice et de la résistance.

Ceci dit, nous décrirons l'énucléation proprement dite qui comprend les quatre temps suivants :

1° L'incision de l'utérus ;

2° La décortication du fibrome ;

3° L'exploration de l'utérus ;

4° Le traitement de la plaie utérine en général.

1° Incision.

On a conseillé, avant de faire l'incision, d'appliquer un lien élastique au niveau du col (Martin et d'autres), ou une longue pince dont les mors sont garnis de caoutchouc, sur les ligaments larges très près de l'utérus (Témoin), pour éviter toute hémorragie. Nous croyons avec M. Duplay qu'on peut se passer de l'hémostase préalable ; en tous cas, on fait une incision sur la partie la plus culminante de la tumeur et parallèle à son plus grand axe ; sa longueur doit être proportionnelle au fibrome à énucléer.

On a indiqué certaines pratiques concernant cette incision : les unes visent l'hémorragie, les autres la musculature utérine.

Pour éviter l'hémorragie, on a conseillé d'inciser l'utérus sur la ligne médiane, car c'est une région dans laquelle il n'y aurait presque pas de vaisseaux ; sans doute, près des bords de l'utérus nous trouvons les deux pédicules vasculaires et leurs branches efférentes, mais

il faudrait être bien peu au courant de la vascularisation de l'utérus pour soutenir que la ligne médiane est avasculaire ; il n'en est rien, car artères et veines utérines communiquent entre elles si largement que, quel que soit le point examiné, la musculature utérine se trouve englobée dans un lacis vasculaire extrêmement abondant, par conséquent que l'on incise sur la ligne médiane ou sur les parties latérales l'opération n'y gagnera rien ; ce qui est vrai, c'est que la couche musculaire soulevée par le fibrome saigne fort peu quand on l'incise.

Ceux qui ont vu ou qui ont eux-mêmes pratiqué cette opération connaissent bien cette particularité ; d'ailleurs nous reviendrons sur l'hémorragie. Pour le moment même, en admettant qu'il y eût un réel avantage d'inciser sur la ligne médiane, il est certain qu'on ne peut pas toujours le faire ; lorsque le fibrome est sensiblement médian, l'incision médiane est possible, mais s'il en est quelque peu distant, il faudrait pratiquer un véritable tunnel pour aller à sa recherche ; il faudrait donc s'exposer à rencontrer des difficultés opératoires, et, de plus, créer une cavité facilement infectable et cela bien inutilement. En somme, nous croyons que l'incision médiane n'est pas indispensable et que l'incision sur la partie culminante du fibrome doit lui être préférée.

D'autres auteurs ont proposé de tracer l'incision suivant la direction des fibres musculaires, dans le but d'éviter leur écartement, c'est dire qu'une incision pratiquée dans un autre sens que celui des fibres musculaires ferait bâiller la plaie utérine. Voilà un argument sans grande valeur, néanmoins nous devons le discuter.

Et d'abord si la plaie bâille, il faudrait s'en féliciter, car l'extraction du fibrome n'en sera que plus facile et plus rapide ; ensuite, s'il survient une certaine rétraction des lambeaux utérins, il faudrait encore s'en féliciter, car cette rétraction nous permettrait d'avoir un bon affrontement sans recourir dans ce but à la résection des lambeaux.

Nous croyons donc que l'incision selon la direction des fibres musculaires n'a pas sa raison d'être ; en réalité, il faut inciser sur la partie culminante du fibrome, dans le sens de son plus grand axe, comme nous avons déjà dit, sans se préoccuper de la direction des fibres musculaires.

M. Longuet, dans un récent article sur la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérins dans lequel nous avons puisé beaucoup de renseignements, dit que la même incision peut presque toujours servir pour l'énucléation de deux ou plusieurs fibromes ; sans doute, si une autre tumeur se trouve dans le même champ opératoire, le conseil est bon à condition toutefois qu'on ne tunnellise pas la paroi utérine pour aller à sa recherche ; autrement il est préférable de pratiquer sur l'utérus, vis-à-vis de chaque fibrome, l'incision qu'il lui convient et ne pas se préoccuper du nombre des incisions.

2° Décortication du fibrome.

Peu de discussion sur le manuel opératoire de la décortication ; tout le monde est à peu près d'accord pour pratiquer celle-ci avec des instruments mousses ou avec

les doigts ; ce sont plutôt des questions connexes qui ont été mises en litige ; on a craint une hémorragie abondante de la paroi utérine pendant la décortication, et l'on a conseillé de lier au fur et à mesure les vaisseaux ; il n'en est rien en réalité. Quelle que soit la manière d'opérer, la paroi utérine ne saigne pas, pourvu que l'on sache suivre, au cours de la manœuvre, le plan de clivage qui sépare le fibrome de la musculature utérine ; dans les opérations que nous avons vu pratiquer à l'Hôtel-Dieu, c'est à peine si nous avons constaté que l'opérateur fût obligé de poser une ou deux pinces hémostatiques, lesquelles, d'ailleurs, étaient retirées sans ligature au moment de la suture de la paroi utérine. Nous croyons donc que, au cours de la décortication, point n'est besoin de se préoccuper de l'hémorragie.

Ce point établi, il ne nous reste plus qu'à exposer le manuel opératoire de la décortication, tel que nous l'avons vu pratiquer à l'Hôtel-Dieu par M. le Pr Duplay.

Chacune des deux lèvres de l'incision est saisie avec une pince de Museux et largement écartée de façon à mettre bien à nu la surface du fibrome ; celui-ci est également agrippé avec une pince ou un tire-bouchon.

La pince posée sur le fibrome est saisie d'une main, reclinée sur le côté, pendant que les doigts de l'autre main opèrent la décortication en serrant de très près la surface même du fibrome et travaillant pour ainsi dire sur la capsule qui l'entoure. Des brides, des adhérences, parfois même des fibres musculaires, arrêtent momentanément ce travail de décortication ; si les doigts sont incapables de le détacher, un coup de ciseaux courbes

donné près de la surface du fibrome arrive facilement à le délibérer.

On poursuit la décortication du même côté aussi loin que possible en faisant basculer la tumeur de façon à insinuer le doigt sur sa face profonde ; on se comporte de la même façon de l'autre côté en travaillant sous l'autre lèvre et en poussant la décortication de ce côté aussi jusqu'à ses extrêmes limites ; à la partie supérieure et inférieure, on suit la même pratique et l'on est quelquefois étonné de voir le fibrome se détacher de toutes ces connexions et de se laisser extirper sans plus de difficultés ; si ces connexions profondes sont plus intimes, grâce aux deux premiers temps, le fibrome acquiert une grande mobilité, si bien qu'en le saisissant avec la pince de Museux sur un autre point et en le faisant basculer, il devient plus facile d'amener sa face profonde au-devant du doigt et d'achever sa libération.

La même manœuvre naturellement est pratiquée sur d'autres noyaux fibromateux, s'il y en a.

Nous n'insistons pas sur le manuel opératoire pour les fibromes sous-péritonéaux ; rien de plus facile que d'inciser la couche péritonéale et les quelques fibres musculaires qui pourraient recouvrir la tumeur et de la cueillir avec une pince.

Si l'on suit bien la manœuvre que nous venons de décrire, si l'on prend soin surtout de se tenir pendant la décortication tout contre la surface du fibrome, son énucléation sera très facile, on ne sera guère arrêté par des brides fibreuses et l'on n'aura pas à craindre les hémorragies ; toutefois, si l'obligation de donner quelques

coups de ciseaux amenait une légère hémorragie, on placerait une pince qu'on retirerait au moment de la suture sans pose de ligature. En général, aucun saignement ne persiste après le retrait de la pince ; s'il en était autrement, on placerait une ligature.

Nous insistons à dessein sur la question de l'hémorragie parce qu'elle a donné lieu à des discussions, et que des auteurs très autorisés ont cru devoir rejeter l'énucléation par crainte de l'hémorragie. Nous avons dit et nous le répétons : l'incision de la paroi utérine faite sur le point où elle recouvre la tumeur ne donne pas de sang, ou tout au moins elle ne fournit qu'un saignement en nappe tout à fait insignifiant et qui s'arrête spontanément ; les manœuvres de décortication ne produisent pas plus d'hémorragie que l'incision ; si un vaisseau saignait, l'hémostase provisoire par la pince suffirait parfaitement ; il est exceptionnel de placer une ligature à la fin de l'opération. Ce fait pourrait être paradoxal, étant donné qu'il s'agit d'une plaie intéressant un organe aussi vasculaire que l'utérus ; son explication toutefois est facile à donner :

Aussitôt que le fibrome est enlevé, la rétraction de la paroi musculaire de l'utérus étreint les vaisseaux et constitue la principale cause de l'hémostase primitive ; la constriction exercée par une pince posée sur un vaisseau permet à l'hémostase de se faire un peu plus tard du fait de la continuation de la rétraction du muscle utérin ; il ne faudrait pas croire qu'il s'agit ici d'une discussion théorique ; tous ceux qui ont fait une énucléation ont été frappés de voir qu'à la fin de l'opération

les parois de la loge qui contenait le fibrome se sont réduites de moitié ou des deux tiers. Il se passe ici un fait analogue à ce qui a lieu après la délivrance où les lacs veineux sont étreints par ce que M. le Pr Pinard a appelé les « ligatures vivantes ».

Nous croyons donc que l'hémorragie n'est nullement à craindre ni pendant le premier temps de l'énucléation — incision — ni pendant le second — décortication, — et que si une légère hémorragie survenait, l'hémostase provisoire suffirait amplement à l'arrêter.

3° Exploration de l'utérus.

Elle comporte deux points :

a) S'assurer qu'il n'existe pas d'autres noyaux fibromateux dans l'épaisseur de l'utérus en dehors de ceux déjà enlevés ;

b) S'assurer si la cavité utérine et par suite la muqueuse a été ou non ouverte.

a) Cette exploration se fait avec la main qui palpe l'utérus en tous sens, soit en glissant les doigts de haut en bas sur la surface utérine, soit en palpant l'organe saisi entre le pouce et les quatre doigts ; il est nécessaire de procéder méthodiquement en allant de haut en bas et en terminant par l'exploration du col lui-même à travers les parois de la vessie vidée et des attaches du vagin. Il faut prêter attention à cette exploration car autrement on risquerait de faire une opération incomplète. Malheureusement nous ne pouvons fournir des détails au sujet de l'efficacité de cette manœuvre, car nous n'avons pas

jusqu'à présent contrôlé son importance par un nombre suffisant d'observations cliniques.

b) En ce que concerne la recherche de l'ouverture de l'utérus, elle peut se faire de deux façons : soit avec un hystéromètre introduit par en bas qu'un aide pousse à travers le canal vagino-utérin, soit par l'exploration directe à travers la plaie opératoire.

Le premier moyen est défectueux ; il est susceptible d'infecter le champ opératoire et en plus capable de créer une perforation utérine dans le cas où cette cavité n'a pas été ouverte ; il doit donc être abandonné.

Le second moyen est de beaucoup préférable et chacun comprend comment il peut être exécuté : on écarte largement la paroi de la loge du fibrome et l'on explore avec la vue d'abord ; saisissant ensuite une sonde cannelée, une pince ou un autre instrument quelconque, on cherche la perforation dans la direction de la cavité utérine. Une petite cause d'erreur, très facile à éviter d'ailleurs, consiste à prendre pour une perforation, soit une anfractuosité de la loge fibromateuse, soit un sinus veineux béant.

4° Traitement de la plaie utérine en général.

Ce traitement comporte :

a) L'hémostase ;

b) Le traitement de la plaie utérine en particulier ;

c) La façon de se comporter vis-à-vis de la cavité utérine, si cette cavité a été ouverte.

a) Nous nous sommes déjà suffisamment étendu sur

ce sujet pour ne pas avoir à y revenir en détail ; la plaie utérine qui résulte d'une bonne énucléation ne saigne pas d'une façon sérieuse, l'hémorragie en nappe s'arrête d'elle-même par la suture de la plaie utérine. Si un vaisseau important continue à saigner après le retrait de la pince, il faut le lier de préférence au catgut, étant donné qu'il s'agit de ligature destinée à être enfouie au fond de la suture.

Nous désirons encore insister sur un point : pour le cas où il s'agirait d'un fibrome intraligamenteux, nous croyons qu'il sera préférable de lier l'artère utéro-ovarienne avant de commencer l'énucléation.

C'est là d'ailleurs une précaution purement théorique, la clinique jusqu'à présent ne nous ayant pas mis en présence de cas de ce genre.

En somme, on se conduit, au point de vue de l'hémostase, de la même façon que l'on se conduirait vis-à-vis de l'ablation de n'importe quelle tumeur.

b) Le traitement de la plaie utérine en particulier.

A ce sujet nous n'avons aucune discussion à présenter, les auteurs ayant passé ce point sous silence ; nous nous contenterons donc de tracer en quelques mots la pratique suivie à l'Hôtel-Dieu. Après l'avulsion du fibrome, la rétraction des fibres musculaires réduit considérablement la cavité qui le contenait : autrement dit, le lambeau de chaque côté se raccourcit spontanément sans aucune intervention du chirurgien.

Dans certains cas cependant cette rétraction n'arrive pas au point voulu et l'on est obligé de raccourcir convenablement les lambeaux pour obtenir un bon affronte-

ment ; c'est avec les ciseaux qu'il faudra réséquer ; cela fait, armé d'une aiguille courbe chargée de gros fil de catgut, on commence un surjet de la profondeur vers la superficie que l'on conduit en ligne droite de façon à faire deux ou trois plans successifs et enfin on termine par l'affrontement des lèvres péritonéales. Cette manière de faire a pour avantage d'empêcher la formation des cavités ou des diverticules propres à permettre, le cas échéant, le développement d'une culture microbienne ; il y aura donc affrontement complet de la cavité qui contenait le fibrome ; il va sans dire que le nombre de plans de surjet varie suivant la profondeur de la loge fibromateuse et que pour les petites et peu profondes loges un ou deux plans pourront suffire parfaitement. Un seul plan sera réservé aux fibromes sous-péritonéaux ; pour les raisons que nous venons de développer plus haut, que la cavité utérine ait été ouverte ou non, qu'il y ait ou non drainage utéro-vaginal ; avec notre maître, M. le Pr Duplay, nous réprouvons formellement la suture des lèvres de la plaie sur un seul plan ; car non seulement on laisserait au-dessous une cavité qui pourrait s'infecter, mais encore on ne réduirait pas dans son volume la musculature utérine comme cela a lieu après la suture par accolement, telle que nous venons de le décrire.

5° Conduite à tenir vis-à-vis de la cavité utérine.

Quelques chirurgiens, et tout récemment M. le Pr Ricard, conseillent de toujours se servir du canal utérin

pour faire un drainage par en bas ; pour eux il faut donc, même dans le cas où la cavité utérine n'a pas été ouverte au cours de l'énucléation, ouvrir cette cavité délibérément pour pouvoir drainer. Nous sommes d'un avis absolument contraire et nous renverserons la proposition en disant que même dans le cas où la cavité utérine a été ouverte il faudra chercher à la fermer. En effet, si la cavité utérine n'a pas été ouverte nous ne voyons pas pourquoi nous l'ouvririons pour la mettre en communication avec le foyer opératoire ; nous ne voyons pas pourquoi nous conduirions dans une cavité absolument aseptique qui résulte de l'énucléation du fibrome un canal propre à y amener des microbes de toute nature : ce serait, nous semble-t-il, créer une possibilité d'infection post-opératoire dans une cavité absolument aseptique sous prétexte de drainage ; on ne draine pas une cavité aseptique, on l'oblige à se réunir par première intention. Ces considérations nous permettent de tirer cette conclusion : qu'il faut toujours faire son possible pour ne pas ouvrir la cavité de l'utérus pendant l'opération, et c'est ce que l'on obtient en serrant de très près la surface du fibrome au cours de la décortication.

Mais il arrive quelquefois qu'un fibrome utérin ait poussé une pointe qui le met en contact avec la muqueuse utérine, auquel cas le conduit utérin est fatalement ouvert.

Fidèles aux principes que nous venons d'énoncer, nous cherchons à fermer toujours la cavité de l'utérus ; néanmoins il faut nous servir de ce canal pour pratiquer un drainage trans-utérin. Voici sur ce point la pratique

de MM. Duplay et Clado, à l'Hôtel-Dieu : la plaie de la muqueuse utérine est d'abord cautérisée avec le thermocautère ; la loge fibromateuse est ensuite, s'il y a lieu, désinfectée à l'eau phéniquée forte puis soigneusement étanchée ; un drain, traversé par un fil de catgut à un de ses bouts, est introduit de haut en bas, de la plaie vers le canal utérin et traverse le col pour aboutir dans la cavité vaginale ; son extrémité, qui est traversée par le fil de catgut, est suturée par ce même fil aux lèvres de l'orifice artificiel de la muqueuse utérine de façon à rester accolée à cette plaie de la muqueuse qui est suturée soigneusement ; ceci fait, on procède à la fermeture de la plaie utérine, comme il a été dit plus haut. On ne retire le drain que vers le 8e jour, moment où le catgut qui le fixe est en partie ou totalement résorbé.

On voit donc que si nous admettons le drainage c'est que nous y sommes conduits par un accident opératoire et c'est pour éviter l'infection de notre plaie aseptique.

Ce ne sera pas déplacé, croyons-nous, de mettre à la fin de ce chapitre le tableau clinique des malades qui ont subi l'énucléation. Décrit il y a une dizaine d'années par Chevrier, il n'a pas changé, sinon pour s'améliorer : Calme absolu après l'opération ; la malade ne se plaint pas, n'accuse pas de douleurs, elle a une figure tranquille et contente, ses yeux ne sont pas abattus, en un mot elle ne souffre pas. La température reste à la normale ou à peu près, le pouls est bon, fort, lent et régulier ; le sommeil est bon dès le premier jour, on voit que la malade marche rapidement vers la guérison ; elle peut se lever vers le 18e jour ; en un mot l'opérée

présente le tableau de la laparotomie la plus simple qu'on puisse imaginer. Ce tableau est présenté par presque toutes les malades dont les observations se trouvent ci-après :

CHAPITRE III

OBSERVATIONS INÉDITES
DES MALADES TRAITÉES PAR MYOMECTOMIE

Observation I (Témoin).

Mlle Joséphine X..., de Bourges, 28 ans, non mariée.

Depuis 4 ans elle a des pertes continuelles ; depuis six mois les hémorragies sont devenues plus abondantes, elle est obligée de garder le repos presque continuellement ; ne peut travailler, et elle a des envies constantes d'uriner. Malgré l'ergotine et les injections chaudes les hémorragies continuent.

A l'examen l'utérus est volumineux, représentant une grossesse de 4 mois au moins ; je me décide à intervenir.

L'opération se fait le 10 juillet 1897.

Je trouve un utérus globuleux et régulier, il semble que le corps soit séparé du col, tant la portion malade est limitée au corps utérin.

Sans hémostase préalable l'utérus est fendu dans son grand axe ; le fibrome rond, régulier et sans bosselures, est décortiqué avec la plus grande facilité ; la cavité utérine est ouverte ; lavage à l'eau phéniquée à 2,50 pour 100 de la plaie utérine. Suture à double étage du muscle utérin et de la séreuse plissée sur la première suture.

Guérison en dix jours ; la malade quitte l'hôpital le dix-septième jour.

Depuis elle est très régulièrement réglée, elle se porte bien et l'utérus a repris son volume normal.

Observation II (Témoin).

Mlle Marie B..., 27 ans, demeurant à Fourchambault.

Elle vient me consulter en février 1897 ; elle a des pertes constantes, souffre du ventre continuellement, ne peut rester debout sans éprouver de violentes douleurs aux reins. Au moment des époques elle est obligée de garder le lit 8, 10 et quelquefois 15 jours.

A l'examen l'utérus est volumineux, remonte au-dessus du pubis et il est douloureux à la pression. Par le toucher le cul-de-sac gauche est rempli par un corps dont le diagnostic s'impose : fibrome utérin.

Les pertes très abondantes, les douleurs, l'impossibilité dans laquelle se trouve cette jeune fille à s'occuper de son travail, me font proposer l'opération.

Elle est opérée le 27 mars 1897. Je trouve un fibrome de la grosseur d'une mandarine situé en arrière et à gauche de l'utérus. La trompe de ce côté est volumineuse, il y a une salpyngite. J'enlève le fibrome par énucléation et les annexes du côté gauche.

Les suites sont très favorables.

Quinze jours après elle quitte l'hôpital et depuis elle se porte très bien.

Mariée depuis 16 mois elle est très régulièrement réglée : elle n'a pas encore eu d'enfants.

Observation III (Témoin).

Mme M..., 26 ans, de Cérilly (Allier), m'est adressée par mon confrère le Dr Demahis.

Jamais malade, santé générale excellente. Elle vient me consulter parce que son ventre a pris rapidement un développement considérable. Je la vois en avril 1897 ; les époques manquent depuis 3 mois.

Je trouve un utérus volumineux et bilobé ; il semble qu'à côté

de l'utérus se développe une tumeur dans les annexes du côté droit. Comme une grossesse est probable, je conseille à la malade de venir me voir un mois après.

Elle revient en mai. A ce moment elle souffre beaucoup, son ventre a pris dans ce laps de temps un développement considérable, sa santé est altérée, elle a maigri, elle ne digère plus. La tumeur a triplé en un mois ; elle est dure et bosselée ; pensant à une tumeur maligne de l'ovaire, je crois devoir intervenir malgré la grossesse.

L'opération a lieu en juin 1897. Je trouve une énorme tumeur de l'ovaire droit (sarcome ovarique), un utérus gravide et en avant de l'utérus (qui semble contenir un fœtus de 4 à 5 mois) un fibrome volumineux.

L'ovaire malade est enlevé. Quelle conduite tenir vis-à-vis du fibrome compliquant la grossesse ? Devais-je le laisser ou l'enlever ?

Comme j'avais examiné un mois avant la malade, que j'avais senti à peine ce fibrome et qu'il avait si rapidement pris un développement considérable (celui d'une orange) ; comme aussi le danger du fibrome pendant la grossesse est souvent à redouter, je me décidai à l'énucléation.

L'opération fut facile, l'hémorragie peu abondante. La suture se fit rapidement et l'utérus gravide fut rentré dans le ventre, ayant eu soin de le malaxer le moins possible.

Les suites furent excellentes, la malade guérit rapidement et la grossesse continuant, la malade repartit chez elle.

Malheureusement elle fit une fausse couche 3 semaines après son départ de l'hôpital, fausse couche sans aucune complication.

En 1898 elle redevient enceinte et accouche à terme d'un enfant bien portant.

Voici donc un cas où malgré une grossesse commencée et par suite d'une tumeur grave de l'ovaire, une énucléation put être faite sans compromettre la grossesse.

Si la malade avait gardé le repos complet, je suis convaincu qu'elle eût atteint le terme de sa grossesse, et où la malade put avoir un enfant un an après son opération.

Observation IV (Témoin).

Mme Louise, 29 ans, mariée depuis 5 ans, n'a pas eu d'enfants.

Depuis 3 ans souffre constamment du ventre, ne peut travailler, à chaque époque elle a des pertes si abondantes que plusieurs fois elle eut des syncopes. Elle vient me voir en mai 1898. Je constate un fibrome du volume du poing mobile, mais déplaçant dans ses mouvements la totalité de l'utérus qui est en rétroflexion complète.

Opération, 10 mai 1888.

L'utérus est attiré au dehors, je trouve un fibrome volumineux développé à gauche, l'énucléation en est facile, son développement au niveau du fond de l'organe et à gauche m'oblige de sacrifier la trompe et l'ovaire de ce côté.

Les suites sont des plus simples. Quatre mois après, la malade qui était très bien réglée n'a plus ses époques, et en novembre elle vient me voir. L'utérus ne présente rien d'anormal, le col est mou et je pense à une grossesse. Cette femme a accouché en juillet 1899. Ses couches ont été normales et l'enfant est bien portant.

Observation V (Témoin).

Mlle Émilie H..., 36 ans, demeurant à Paris. Elle a été opérée en avril 1899 pour un kyste dermoïde de l'ovaire droit, avait en même temps des hémorragies très abondantes.

Je découvre en l'opérant, derrière un volumineux kyste dermoïde, un fibrome développé dans la corne droite de l'utérus.

Le kyste enlevé le fibrome est énucléé : utérus ouvert dans son épaisseur, sans que la cavité soit intéressée, est suturé.

Les suites furent très favorables. La malade quitta un peu tard le service de l'hôpital. Elle eut un peu de suppuration au niveau de la suture abdominale, mais après quelques pansements la guérison fut complète. Aujourd'hui elle est très bien réglée, ne souffre plus et a une excellente santé.

Observation VI (Duplay).

Mme X..., 38 ans, symptômes ordinaires du fibrome en plus de l'hématocèle.

Opération, le 6 avril 1899 ; à l'ouverture de la cavité abdominale, on constate :

a) L'hématocèle dans le cul-de-sac postérieur ;

b) Le corps fibreux en avant ;

c) Des adhérences intestinales et épiploïques et des kystes séreux sous-péritonéaux à la surface des organes abdominaux.

On décolle l'utérus fibromateux de toutes ces adhérences, de grandes compresses montées sont introduites pour garantir les organes.

Une incision longitudinale pratiquée à la surface du corps fibreux permet de le décortiquer un peu mais on n'arrive pas à l'énucléer complètement. La paroi utérine est alors attaquée à coups de ciseaux pour enlever le fibrome. Dans ce travail on ouvre la cavité utérine par son fond dans une étendue d'une pièce de 5 francs. Un surjet profond réunit les parois entamées et reconstitue la cavité ; très peu de saignement ; pas de ligature sauf au voisinage de la trompe gauche sur une grosse branche artérielle. L'hématocèle est attaquée ensuite.

Drainage vaginal Miculicz, sérum.

Elle a guéri de son fibrome et de son hématocèle, mais sa sortie est retardée par suite d'une petite suppuration au niveau de la plaie abdominale. Au mois de janvier 1900 elle revient au service et se fait opérer pour une annexite gauche. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve l'utérus normal et la cicatrice de l'énucléation insignifiante.

Observation VII (Duplay)

Mme Marie R..., âgée de 41 ans, tempérament et constitution très bons.

Elle est entrée à l'hôpital H.-D., salle Saint-Jean, le 4 octobre 1899, se plaignant des pertes sanguines continuelles, des douleurs aux reins et d'une pesanteur au bas-ventre. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels nuls.

Elle est réglée depuis l'âge de 11 ans très régulièrement, mais toujours ses époques sont très abondantes.

Trois accouchements à terme il y a 20, 18 et 8 ans, les enfants nés vivants et bien portants.

Huit mois avant son entrée à l'hôpital elle a eu des pertes blanches très abondantes qui ont précédé les règles, venues, elles aussi, en abondance et suivies d'un écoulement sanguin sans interruption et qui l'a obligée d'entrer à l'hôpital.

Ces pertes sont toujours accompagnées de douleurs aux reins et d'une sensation de pesanteur au bas-ventre, elles sentent mauvais.

La malade est anémiée, elle a maigri, elle est faible, s'évanouit souvent et a des cauchemars.

Rien du côté des autres appareils sinon un léger souffle mitral (?), pertes, douleurs et pesanteur existent toujours.

Le 23 octobre on fait un curettage, on sent nettement que la cavité utérine est altérée au niveau de la partie antéro-latérale gauche. Chlorure de zinc et mèche iodoformée.

Peu de jours après, les hémorragies réapparaissent et un nouvel examen minutieux fait découvrir une tumeur implantée sur le fond de l'utérus et à proximité de la corne gauche, mais dont la délimitation précise reste assez difficile.

La présence d'un fibrome étant diagnostiquée et l'opération décidée, on procède à celle-ci le 9 novembre par la laparotomie. Aussitôt le ventre ouvert on trouve le fibrome implanté au niveau de la corne gauche et s'avançant sur la partie gauche de la paroi antérieure dans une étendue correspondant exactement à l'étendue de lésions de la muqueuse utérine constatée par l'hystéroscope et la curette.

On fait une incision de l'utérus sur la tumeur et parallèlement à son grand diamètre et jusque à la tumeur; sa décortication et son

énucléation n'a pas présenté de difficultés ; on enlève par des ciseaux cinq petits fibromes se trouvant à proximité de l'incision. Au cours de cet acte opératoire la cavité utérine fut ouverte. On draine avec un drain de moyen calibre qui passe dans le vagin ; on suture la muqueuse utérine, l'utérus sur toute la portion mise à découvert par l'incision et l'énucléation et en dernier lieu la séreuse, tout avec du catgut. La suture de la plaie abdominale a été faite avec le crin de Florence par points séparés et en 8 de chiffre, suture qui est employée depuis quelque temps à la clinique de M. le Pr Duplay, par M. le Dr Clado.

Le drain est sorti seul le 5e jour ; depuis on a fait des injections tous les jours avec des solutions antiseptiques, il n'y a pas le moindre accident et la malade sort de l'hôpital le 27 novembre pour aller au Vésinet.

Observation VIII (Clado).

Mme X..., 38 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, mariée à 23 ans, pas d'enfants ; bien portante. Hémorragies il y a 4 ans, douleurs dans le bas-ventre et les lombes, constipation tenace.

Corps fibreux du volume d'un poing sur la face postérieure de l'utérus près du col et enclavé dans l'excavation pelvienne d'où les phénomènes de compression.

Elle a été opérée en ville par moi, aidé de M. le Dr Limperopoulo, le 12 février 1898.

Laparotomie.

Diagnostic confirmé. Le corps fibreux est attaché par une large base sur la face postérieure de l'utérus près du col et fait saillie sous le péritoine.

Quelques difficultés pour arriver à le désenclaver ; on y parvient en fendant la capsule et en le soutenant en partie ; le reste est obtenu assez facilement par énucléation. Les annexes gauches étant malades sont supprimées ; on résèque la capsule dans l'étendue nécessaire et l'on suture en plusieurs plans.

Ouverture du cul-de-sac postérieur, mèche. Suites opératoires zéro.

Elle est guérie un mois après.

Observation IX (Ricard)

Mme Chasel, Eugénie, 27 ans, réglée à 16 ans régulièrement ; elle a accouché il y a cinq ans normalement.

Le début de la maladie semble remonter à 18 mois, époque à laquelle la malade commence à souffrir dans le ventre sur la ligne médiane ; depuis elle souffre continuellement, surtout quand elle est obligée de rester debout.

Depuis trois ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et de plus ses règles normales jusqu'alors sont devenues continues. Leucorrhée.

Elle est affaiblie, un peu pâle, mais malgré cela elle montre un bon état général.

Au toucher le col est normal.

L'utérus fibromateux remonte à un travers de main au-dessus de la symphyse, non douloureux et peu mobile. Depuis quelque temps la malade urine difficilement, elle est constipée. Pas de douleurs très accentuées à son entrée à l'hôpital, mais sensation de pesanteur.

Opération. Laparotomie.

Dès l'ouverture de la cavité péritonéale on tombe sur la tumeur qui est du volume du poing d'un adulte. Hystérotomie médiane. Énucléation de la tumeur qui est pourtant assez mal encapsulée. Ouverture de la cavité utérine ; suture de l'utérus au catgut après passage d'un drain qui assurera le drainage par le vagin. On suture la paroi abdominale avec fils d'argent.

Injection de sérum. Le surlendemain, fièvre ascendante qui oblige le 3e jour à faire enlever un fil de suture ; issue d'un peu de pus, lavage et drainage, la fièvre tombe. Après 48 heures ablation du drain abdominal. Le 8e jour les fils de la paroi sont enlevés, pas de suppuration, bonne réunion, ablation du drain utéro-vagi-

nal. Vers le 17e jour, légère ascension thermique, le pansement est enlevé, on note de nouveau de la suppuration, de nouveau drainage et pansement quotidien ; la suppuration se tarit et le 6 avril 1898 la malade examinée va très bien et peu de jours après sort de l'hôpital.

Observation X (Ricard)

Mme Méline P..., 45 ans, entrée le 11 octobre 1899 à Saint-Louis.

Depuis 3 ans, leucorrhée abondante : les règles durent 6-8 jours, dans l'intervalle la malade perd un peu pendant 2-3 jours par mois. Le ventre est augmenté de volume, surtout dans ces derniers temps, pas de douleurs, fréquentes envies d'uriner.

L'utérus est volumineux et dur, le fond à mi-chemin de l'ombilic au pubis.

Laparotomie, 16 octobre. On incise l'utérus et on arrive rapidement sur le fibrome que l'on énuclée ; grosseur, un poing. On suture l'utérus au catgut, muscle, séreuse.

Un seul plan de suture de la paroi abdominale au fil d'argent. Les suites opératoires excellentes. La malade quitte l'hôpital le 21e jour de l'opération.

CHAPITRE IV

STATISTIQUE

Dans ce chapitre, nous suivrons la division que nous avons adoptée au commencement de ce travail :

Pour la première période de l'énucléation, nous n'avons pas de statistique à dresser, parce qu'elle comprend les deux tentatives.

Pour la deuxième, nous avons les 96 cas de Martin avec 18 morts, c'est-à-dire une mortalité de 18,75 pour 100. Elle était grave sûrement, mais moins grave que les autres ; en effet, la supra-vaginale, avec pédicule interne, présentait à la même époque une mortalité de 28 pour 100 et la supra-vaginale avec pédicule externe 24 pour 100.

Nous voyons donc que l'énucléation était beaucoup moins grave que les autres opérations.

Pour la troisième période, nous avons dressé une statistique qui se décompose ainsi qu'il suit :

	CAS	MORTS	RECID.	GROSSESSE CONSEV.
Croënlein	1	0	1	1
Jaboulay.	1	0	0	0
Chevrier.	6	0	0	0
Gueirel.	1	0	1	0
Etherihtje. . . .	1	0	1	0
Muller.	1	0	0	1
Vuillet.	1	0	0	0

	CAS	MORTS	RECID.	GROSSESSE CONSEV.
Témoin[a]	6	0	0	0
Freund	1	0	0	0
Olshausen	38	3	0	0
Noble	5	0	0	0
William Alexander	11	1	0	0
Band Sutton	8	0	0	0
Smyly	5	0	0	0
Ricard	4[b]	0	0	1
Blanc	1	0	0	0
Engstroërm	180	4	0	9
Ector Treub	11	1	0	0
Témoin	5	0	0	2
Duplay	2	0	0	0
Clado	1	0	0	0
TOTAUX	290	9	3	14

Nous présentons donc 290 cas avec 9 morts, c'est-à-dire 3,1 pour 100 de mortalité. Est-ce besoin de la comparer avec la mortalité des autres opérations. La supravaginale, avec les meilleurs opérateurs, a donné 5 pour 100 de mortalité : nous ne parlons pas des autres, qui présentent un pourcentage supérieur. Il devient donc évident que l'énucléation est la moins grave.

Nous voyons en plus, dans cette statistique, que trois cas ont récidivé et quatorze autres ont été suivis de grossesse ; mais, de ces deux éventualités, l'une pour et l'autre contre l'énucléation, nous allons parler au chapitre qui suit

(a) Voir Bibliographie.
(b) Deux de ces observations sont reportées plus haut.

CHAPITRE V

CRITIQUE CONTRE L'ÉNUCLÉATION
RÉFUTATION ET AVANTAGES

Bien que dans un chapitre précédent nous ayons réfuté quelques objections qu'on a avancées contre l'énucléation, nous croyons plus utile et nécessaire de rassembler dans ce chapitre toutes les objections et de tâcher de les réfuter. Il nous semble bien naturel de joindre à la fin de ce même chapitre les avantages que présente l'énucléation sur les autres opérations.

On lui a objecté :

1° Les hémorragies ;

2° La pluralité des fibromes ;

3° La possibilité de laisser dans l'utérus de petits fibromes passés inaperçus par leurs petitesses au cours de l'opération ;

4° L'ouverture accidentelle de la cavité utérine, et

5° L'impossibilité d'appliquer l'énucléation dans tous les cas.

Reprenons une à une ces objections et voyons ce qu'il y a de vrai.

1° *Hémorragie.* — Nous nous sommes déjà suffisamment étendu sur ce point en parlant du manuel opéra-

toire, il est inutile d'y revenir ; seulement nous ajouterons que sur les 290 cas de notre statistique, il n'y en a pas un qui ait présenté l'objection en question ; par conséquent, croyons-nous, il y a lieu d'éliminer cette objection et de conclure que l'hémorragie n'est pas une contre-indication à l'énucléation.

2° *Pluralité des fibromes.* — Plusieurs cas de notre statistique montrent clairement qu'on peut énucléer plusieurs fibromes coexistants sur un utérus facilement et sans aggraver le pronostic de l'opération. Sûrement on ne peut pas songer à l'énucléation en présence d'un utérus farci pour ainsi dire de fibromes ; mais nous voyons de certaines observations que le nombre des fibromes énucléables est assez élevé (on a énucléé jusqu'à 9) pour nous permettre de conclure que la pluralité n'est pas une contre-indication à l'énucléation.

3° *Possibilité de laisser dans l'utérus de petits fibromes.* — Cette objection est plus grave ; en effet, il est possible que même après un examen minutieux, comme nous l'avons déjà décrit, un fibrome tout à fait petit ait pu échapper à l'opérateur : alors on aura forcément une récidive ; mais combien y a-t-il de récidives dans les 290 cas de notre statistique ? 3 en tout seulement ; c'est-à-dire que le pourcentage de la récidive est de 1,03 pour 100. Est-ce suffisant pour nous faire rejeter la myomectomie par voie abdominale ? Sûrement non ; et encore dans la supra-vaginale, qui nous affirmera qu'un petit fibrome n'a pas échappé pour les mêmes raisons que dans l'énucléation et n'est pas resté dans le moignon utérin ?

Il y a des chirurgiens qui défendent à outrance la myomectomie par voie basse, mais qui rejettent la même opération par voie abdominale. Y a-t-il donc plus de chances d'enlever tous les fibromes par le vagin, c'est-à-dire par là où on ne voit rien, on ne palpe pas l'organe malade, que par la voie abdominale qui nous donne l'utérus entre les deux mains, qui nous permet d'examiner par la vue et par le palper l'utérus dans toutes ses dimensions ?

En résumé, la récidive arrive quelquefois ; mais son pourcentage est tellement faible (1,03 pour 100) qu'on est forcé de rejeter cette objection et de ne pas l'admettre comme une contre-indication à l'énucléation.

4° *L'ouverture de la cavité utérine.* — De fait, elle arrive très souvent : mais nous avons déjà décrit la conduite à tenir en face de cette éventualité ; de cette manière, on n'aura jamais l'occasion de voir une péritonite consécutive. Nous concluons donc que l'ouverture de la cavité utérine n'est point une contre-indication à l'énucléation, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà dit, il y a des chirurgiens qui l'ouvrent de propos délibéré.

5° *L'impossibilité de l'appliquer dans tous les cas de fibromes utérins.* — Cette dernière objection, croyons-nous, est la moins sérieuse. Il faut bien nous entendre : nous ne désirons pas substituer l'énucléation à toutes les autres opérations pour fibromes ; nous voulons tout simplement la voir entrer en discussion à propos de l'intervention pour un fibrome utérin ; nous voulons la voir appliquer quand il y a lieu, quand il y a indication.

Après cette courte discussion des objections faites

contre l'énucléation, voyons les avantages qu'elle présente sur les autres opérations :

1° *Elle est la moins grave.* — On ne mettra pas en doute sa bénignité relative qui ressort *a priori* de ce que « moins on enlève d'un organe, moins l'opération est grave ». Or, nous savons bien que dans l'énucléation, on enlève très rarement une petite partie des lèvres de la loge qui contenait le fibrome pour mieux fermer la plaie ; et *a fortiori* de la statistique qui nous montre que l'énucléation présente une mortalité de 3 pour 100, tandis que de toutes les autres, la moins grave, l'hystérectomie vaginale, présente 5 pour 100 avec les meilleures statistiques.

2° *Fécondation possible après l'opération.* — Le cas n'est pas douteux et plusieurs observations de notre statistique le montrent péremptoirement. Donc il n'y en a pas un qui contestera cet avantage réel. Il y en a pourtant qui l'ont contesté indirectement.

D'une part, M. le Pr Pozzi dit qu'il s'agit ordinairement de malades qui sont proches de la ménopause, c'est-à-dire incapables à la fécondation ; et, d'autre part, M. Chevrier, bien qu'il est un défenseur de l'énucléation, se demande s'il y a un réel avantage à laisser la femme capable à la fécondation, et M. Chevrier se pose cette question, après une autre, c'est-à-dire si la grossesse, et en général la vascularisation exagérée de l'utérus, favorise le développement des fibromes.

Il est très facile de réfuter l'objection de M. Pozzi : d'abord, parce que la statistique des opérées pour fibromes utérins par énucléation montre que la moyenne

de l'âge de ces malades ne dépasse pas 36 ans : c'est dire que ces mêmes malades sont bien capables à être fécondées ; et il faut bien noter que la plupart des chirurgiens, en présence d'un fibrome utérin, n'intervient qu'en cas d'accidents consécutifs sérieux : conduite d'autant plus regrettable, nous semble-t-il, que, grâce aux progrès indéniables accomplis en chirurgie dans ces dernières années, on peut ouvrir la cavité péritonéale impunément. Au fur et à mesure que les chirurgiens prendront la résolution d'intervenir le plus tôt possible, ils auront affaire de plus en plus à des femmes jeunes, c'est-à-dire à des femmes qui se trouvent un peu loin de la ménopause, partant capables à être fécondées ; ensuite, parce que nous ne soutenons pas l'énucléation uniquement pour laisser les femmes à leur rôle procréateur, mais encore parce que cette opération, nous le répétons, est la moins grave.

Celle de M. Chevrier est aussi facile à réfuter ; voilà pourquoi : s'il se demande ainsi, en pensant à l'existence d'un petit fibrome passé inaperçu à l'opérateur et qui serait développé ultérieurement, la réponse se trouve plus haut ; si, au contraire, il ne pense pas à l'existence de cette petite tumeur, il se pose la question de la pathogénie des fibromes, question qui est hors de notre sujet. En tout cas, en face de cette hypothèse qui sera presque toujours une hypothèse, nous avons plusieurs cas de grossesse survenue après l'énucléation qui n'ont présenté aucun inconvénient. Quoi qu'il en soit, la possibilité de la fécondation après l'énucléation sera toujours un avantage sérieux de cette opération sur les autres.

fin de leur conserver d'abord les époques et puis la possibilité d'une grossesse ultérieure ; nous sommes heureux d'être du même avis avec lui si compétent en la matière ; mais nous croyons qu'il a trop restreint les indications.

D'après la statistique et surtout d'après le principe qui nous a poussé à ce travail, c'est-à-dire que la chirurgie doit être conservatrice autant que possible, voilà ce que nous pensons des indications et contre-indications : à notre avis on ne doit presque jamais faire entrer en ligne de compte, à propos des indications ou contre-indications, l'âge de la malade. Si, de par son âge, la femme est incapable à être fécondée, par contre son utérus lui est utile, comme auparavant ; il accomplit toutes ses fonctions moins la gestation, par conséquent le chirurgien doit toujours tâcher de conserver l'utérus à la malade quelque soit son âge. Les indications donc ou contre-indications se tirent du nombre de fibromes, du volume, de leurs situations et de l'état de l'utérus lui-même.

Toutes ces questions sont relatives et dépendent l'une de l'autre ; on ne peut pas dire par exemple que, en présence d'un fibrome unique, l'énucléation s'impose, parce que peut-être sa grosseur ou sa situation, ou l'état de l'organe nous obligera à faire une autre opération que l'énucléation.

Il est très difficile de formuler des indications précises surtout pour une opération encore récente et qui n'a pas été encore appliquée à une grande échelle ; mais tout de même d'une façon générale nous pouvons dire en nous

basant sur la statistique qu'on peut énucléer jusqu'à sept et même neuf fibromes, que leur grosseur peut aller jusqu'à celle de la tête d'un fœtus et plus encore.

Si le fibrome est bas situé et si le chirurgien croit pouvoir l'attaquer par le vagin, il tentera par cette voie ; à toute autre situation nous croyons que l'énucléation par voie abdominale est indiquée.

Enfin, si l'utérus est refoulé et déformé par la tumeur, si son axe et son canal ont perdu leurs directions habituelles, il y a contre-indication à l'énucléation ; à plus grande raison il y a contre-indication quand l'utérus est farci des fibromes ou a subi la dégénérescence fibromateuse ; par contre quand l'utérus conserve son volume et sa situation à peu près normaux, son axe et son canal ne sont pas déformés et déviés, il y a indication à l'énucléation.

Quand le chirurgien est forcé d'intervenir chez une femme enceinte, il doit toujours faire l'énucléation dans l'espoir de voir la grossesse continuer son cours normal, comme cela est arrivé.

CONCLUSIONS

L'énucléation de fibromes utérins par voie abdominale est l'opération la moins grave de toutes les autres pratiquées sur l'utérus pour les mêmes tumeurs.

Elle doit être appliquée toutes les fois que cela sera possible.

Elle conserve à la femme non seulement l'organe mais souvent sa fonction principale : la gestation.

Elle doit être soutenue parce qu'elle est conforme à l'idée de la chirurgie conservatrice, de la vraie chirurgie et parce qu'elle a répondu à ses promesses.

Vu :
Le Président de Thèse,
LE DENTU.

Vu :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Spencer Wells, cité par Zweifel, *in Die Stielbehandlung bei Myomectomie,* 1863.

Spiegelberg. — *Archiv für Gynœcologie,* 1874.

Martin. — Naturforscherversemmlung. Congrès de Cassel, 1878.

Burkhardt. — *Deutsche Medical Wochens.,* 1880.

Martin. — Ueber Myomoperationen. *Central. für Gynœcologie,* 1890.

Nagel. — *Central. für Gynœcologie,* 1886.

Heger. *Id.*

Czempin. — *Société de Gynécologie de Berlin,* 1886.

— *Zeitschrift Geburt und Gynœcologie,* 1888.

Freund. — Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie. *Central. für Gynœcologie,* 1886.

Krönlein. — *Central. für Gynœcologie,* 1890.

Jaboulay. — *Lyon médical,* 1891 ; *Méd. moderne,* 1898.

Chevrier. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1891.

Queirel. — Congrès français de Chirurgie, 1893.

Benneke. — *Zeitschrift für Geburt und Gynœcologie,* 1894.

Etheridje. — *Journal of the American Medical Association,* 1894.

Muller. — Congrès de Berlin, 1895.

Vuillet. — Congrès de Rome, 1895.

Témoin. — *Archives provinciales de Chirurgie,* 1896.

Olshausen. — Die abdominal Myomoperationen. *Handbuch der Gynœcologie,* 1897.

Otto Engstroem. — *Mittheilungen aus der Gynœcologie,* 1897.

Noble. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1897.

Wiliam (Alexander). — *British Medic. Journ.,* 1898.

Bland Sutlon. *Id.*

Smyly. *Id.*

Ricard. — *Gazette des hôpitaux,* 1898 ; Congrès français de chirurgie, 1899.

Blanc. — *Loire Médicale,* 1899.

Longuet. — *Progrès Médical,* 1899.

Pozzi. — *Semaine Gynécologique,* 1899.

Ector Treub. — Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie tenu à Amsterdam, 1899.

Engstroem. Id.

Nous ne citons pas les traités classiques qu'on consultera avec beaucoup de profit, bien entendu.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Introduction. 7

Chapitre premier. — Définition et historique de l'énucléation de fibromes utérins par voie abdominale. 10

Chapitre II. — Manuel opératoire de l'énucléation. Suites opératoires.. 13

Chapitre III. — Observations des malades traitées par énucléation.. . 27

Chapitre IV. — Statistique.. 36

Chapitre V. — Critique contre l'énucléation. Réfutation. Avantages. . 38

Chapitre VI. — Indications. Contre-indications. 44

Conclusions. 47

Bibliographie. 48

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT